

健康保険被保険者証 滅失 き損 再交付申請書

常務理事	事務長	責任者	担当

①被保険者証の記号・番号	②被保険者の氏名	③被保険者の生年月日	④性別	⑤資格取得年月日
0-0000000	丸井 太郎	〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	男 女	年 月 日
⑥被保険者の住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇		再交付手数料 1枚につき500円	備考

⑦再交付対象となる者	被 保 険 者	氏 名	生 年 月 日	性 別	続 柄	再交付の原因	備 考
		丸井 太郎	上 記 に 同 じ		本人	・滅失 ・き損 ・その他	
	被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	性 別	続 柄	再交付の原因	備 考
			年 月 日	男 女		・滅失 ・き損 ・その他	

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付申請がありましたので提出いたします。 なお、今後は被保険者証を滅失またはき損することのないよう十分指導いたします。	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	

〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日提出

受付日付印

※カード被保険者証の再交付には1枚につき500円の再交付手数料がかかります。

※被保険者証の再交付を受けた後に滅失した被保険者証が発見された場合は、発見された被保険者証を健康保険組合へご返却ください。